

LAKE MEDICAL LIBRARY

Beiträge zur operativen
Behandlung der
recidivirenden Appendicitis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Facultät der Königl.

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich von Leliwa,

approb. Arzt

aus Wrietzen a. d. Oder.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1896.

Beiträge zur operativen Behandlung der recidivirenden Appendicitis.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doctorwürde

der medizinischen Facultät der Königl.

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich von Leliwa,

approb. Arzt

aus Wrietzen a. d. Oder.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1896.

Nr. 45.

Rectoratsjahr 1896/97.

Referent: Dr. von Esmarch.
Druck genehmigt: Dr. Hensen,
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in tiefer Dankbarkeit

gewidmet.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Beiträge zur operativen Behandlung der recidivirenden Appendicitis.

Seitdem die Aetiologie der Perityphlitis durch die Pathologen und mehr noch durch die „Autopsie in vivo“ einer genaueren Untersuchung unterzogen wurde, erkannte man, dass etwa 91 % ¹⁾ aller dieser Erkrankungen Folgen einer primären Entzündung des processus vermiformis resp. Folgen einer im Appendix nicht ausgeheilten Colitis ²⁾ sind. Es beanspruchten daraufhin die Chirurgen, dass alle diese Fälle von entzündlichen Erkrankungen der Ileocoecalgegend von ihnen zu behandeln seien, während die internen Kliniker aus ihren Statistiken zu beweisen suchten, dass sie nur in einem kleinen Teil von Perityphliden, nämlich denen mit Abscessbildung und circumscripiter oder allgemeiner Peritonitis, die Hülfe des Chirurgen zu beanspruchen sich genötigt sähen. Die lebhaften Verhandlungen über diesen Gegenstand, dessen Literaturverzeichniss augenblicklich bereits schon den Umfang einer kleinen Broschüre hat, zeigen, dass auch in diesem Punkte unserer Wissenschaft eine Einigung noch in weitem Felde steht.

Man sollte glauben, dass nach den ausführlichen Referaten auf dem Congresse für interne Medicin in München 1895 jede Frage genügend beleuchtet worden sei. Es scheint indessen nicht unangebracht zu einer Gruppe der perityphlitischen Erkrankungen, der recidivirenden Appendicitis, einige casuistische Beiträge zu liefern, sowie eine prägnante Indication für deren chirurgische Behandlung aufzustellen.

Grundlegend für die neue Erkenntniss der Perityphlitis ist

¹⁾ Einhorn, Ueber eine Perforation des processus vermiformis, Inaug.-Diss. München 1891.

²⁾ Kümmell. Zur Radikalbehandlung der Perityphlitis durch frühzeitige Resection des processus vermiformis, Archiv f. kl. Chirurgie. XL.

der berühmte Fall von Treves³⁾ vom Jahre 1888 gewesen. Treves fand bekanntlich als Ursache einer von ihm für Perityphlitis gehaltenen Erkrankung eine Knickung des Wurmfortsatzes mit Flüssigkeitsansammlung im blinden Ende. Er richtete den Appendix gerade, fixirte ihn in dieser Stellung, und der Patient war von seinem Leiden befreit; der Inhalt des processus konnte wieder in den Blinddarm abfließen. Genannter Autor plaidirt bereits im Anschluss an die Kritik dieses interessanten Falles für eine häufigere Resection dieses Darmtheiles. Gleichzeitig schlug Senn⁴⁾ diese Operation vor, die er auch in zwei Fällen von catarrhalischer Entzündung des Appendix ausgeführt hatte. Unabhängig von diesen beiden Chirurgen hatte Kümmell⁵⁾ bereits in einem Falle von recidivirender Perityphlitis die Resection vorgenommen und empfahl dieselbe warm. Die Operation kam bald in Aufnahme, ein strittiger Punkt blieb noch die Frage, wann der geeignetste Zeitpunkt für dieselbe sei.

Die Amerikaner schlugen als prägnanteren Ausdruck für die in Frage stehende Erkrankung den Namen „Appendicitis“ vor; wie mir scheint, wurde er zuerst von Fitz⁶⁾ in einer statischen Arbeit gebraucht. Von hervorragender Seite⁷⁾ sind gegen denselben Bedenken wegen der Etymologie laut geworden, aber die medicinische Sprache wird wie in so vielen anderen Fällen dem bequemen, sprachlich falschen Ausdruck einem längeren, philologisch vielleicht richtigeren gegenüber den Vorzug geben.

Seit August 1894 wurde in der hiesigen Königl. chirurgischen Klinik in 12 Fällen die Resection des processus vermiformis mit günstigem Erfolge vorgenommen. Mein hochverehrter Lehrer, Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. von Esmarch stellte mir gütigst dieselben zu dieser Arbeit zur Verfügung. Es hat sich gezeigt, dass die chirurgische Behandlung den Vorzug verdient,

³⁾ Treves, Fr., Relapsing typhlitis treated by operation. Med.-chirurg. Transact. LXXXI.

⁴⁾ Senn, A plea in favor of early laparotomy for catarrhal and ulcerativ appendicitis with the report of the cases.

⁵⁾ Kümmell l. c.

⁶⁾ Fitz, Amer. Jour. of the med. sciences Oct. 1886.

⁷⁾ Vgl. Sonnenberg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Leipzig. F. C. W. Vogel 1895. pag. 9 Anm.

wenn die sich wiederholenden Anfälle von Blinddarmentzündung mit inneren Mitteln nicht zu beseitigen sind.

Bevor ich auf die Fälle eingehe, möchte ich ein ungefähres Bild der recidivirenden Appendicitis geben. Das Zustandekommen der Erkrankung dürfte sich in den meisten Fällen an eine aus irgend einer Ursache entstandenen Colitis anschliessen. Die mitentzündete Schleimhaut des Appendix bringt durch ihre Schwellung das kleine Lumen des coecalen Endes zum Verschluss, was jedenfalls noch begünstigt wird durch die sog. Gerlach'sche Klappe, eine kleine Schleimhautfalte, die unter normalen Verhältnissen nur zum Teil den Eingang in den Wurmfortsatz abschliesst. Das infolge des bestehenden Catarrhs der Schleimhaut reichlich weiter sich bildende Sekret sammelt sich im Blindsacke an. Etwa in ihm vorhandene Kotbröckchen werden durch den Schleim, wie Ribbert⁸⁾ nachgewiesen hat, in Kotsteine verwandelt, die die Schleimhaut reizen wie jeder Fremdkörper und ferner durch Druck auf die Wandungen Gangrän derselben hervorrufen können. Sind Eitererreger in dem abgeschlossenen Blindsacke, so wird ein Empyem des processus vermiformis die Folge sein, wenn nicht, so kommt es zu einem nicht infectiösen Hydrops desselben. Die Mitentzündung der Serosa kommt auf dem Wege der Lymphbahnen zu stande, es ist dies ja die einzige Möglichkeit der Entstehung einer Periappendicitis und Perityphlitis bei intacter Appendixwandung. Das entzündete Bauchfell antwortet mit Exsudatbildung, Adhäsionen, Verklebungen und damit entsteht im günstigen Falle eine abgegrenzte Höhle. Wenn man bei einem appendicitischen Anfälle eine Resistenz fühlen kann, so dürfte das in den meisten Fällen der prall gefüllte Appendix sein mit der entzündlich geschwellenen, infiltrirten Umgebung. Durch eine Behandlung mit kalten und später warmen Umschlägen kann man häufig den acuten Anfall beseitigen, das Exsudat zur Resorption bringen, es restirt dann aber noch immer der zu einer Cyste gewordene Darmanhang, dessen Entleerung die geschwollene Schleimhaut, die unterdessen sehr häufig zur Obliteration an einer oder mehreren Stellen geführt hat, oder eine Knickung infolge der

⁸⁾ Ribbert, Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes. Virch. Arch. Bd. 132.

Zerrung des mesenteriolum als mechanisches Hinderniss entgegensteht. In dem angeführten Fall von Treves wurde dies letztere beseitigt und der Kranke genas. Es ist ja des öfteren beobachtet worden, dass die Natur nun sich selber hilft, indem der an einem Darmteil festgebackene Appendix in diesen perforirt oder ein abgekapselter periappendicitischer Abscess entsteht, aber mit unseren heutigen diagnostischen Hülfsmitteln sind wir nicht im stande, ein derartiges günstiges Ereigniss vorhersagen zu können. Im Gegenteil, der Mensch, der einen in den meisten Fällen mit infectiösem Inhalt gefüllten krankhaft veränderten Wurmfortsatz nach der ersten Appendicitis zurückbehält, schwebt in der steten Gefahr, dass bei einer Anstrengung, einem Diätfehler oder dgl. die Perforation in die freie Bauchhöhle stattfindet. Jedenfalls dürfte es ein geringeres Wagniss sein, bei dem heutigen Stande der Chirurgie, die Laparotomie mit der Resection des processus vermiformis auszuführen, als den Patienten, der schon einige Anfälle überstanden hat, einer derartigen Naturheilung zu überlassen oder abzuwarten bis ein periappendicitischer Abscess dringend eine Operation erheischt. Die folgenden 12 Fälle dienen gewiss dazu, die bereits von vielen anderen in diesem Punkte gesammelten Erfahrungen zu unterstützen.

Fall 1. A. S., Verkäufer. Aufgenommen 28. VIII. 94. Entlassen 22. IX. 94, 24 J.

Anamnese: Am 19. VII. gleich nach dem Mittagessen verspürte Pat. ein heftiges Brennen im Magen, welches sehr bald nach unten zog in den Unterleib. Patient, der schon im vorigen Jahre eine Blinddarmentzündung gehabt hatte, vermutete einen abermaligen Ausbruch einer solchen und legte sich zu Bett.

Am 20. und 21. VII. ging Patient trotz seiner Schmerzen in's Geschäft, nahm am Abend des letzteren Tages Ol. Ric., worauf eine reichliche Stuhlentleerung erfolgte. Da aber keine Besserung eintrat, wurde Pat. am 23. VII. in die med. Klinik geschafft.

Status (aus dem Journal der med. Klinik). Mittलगrosser kräftiger Mann, klagt über Schmerzen in der Coecalgegend. Eine Palpation ist wegen zu grosser Schmerzhaftigkeit unmöglich, Per-

cussion der Gegend ergibt eine circumscripte Schallverkürzung. Nach der Mittellinie hin werden die Schmerzen allmählich geringer. Es treten alle halbe Stunde bohrende ca. 3—5 Min. währende Schmerzanfälle auf.

Pat. bekommt Morphium. Dadurch lassen die Schmerzen etwas nach, die Nächte über der Schlaf ziemlich gut. Die Schallverkürzung geht bis ca. 2 fingerbreit r. von der Medianlinie bis in Nabelhöhe. An dieser Stelle auch die Schmerzhaftigkeit. Pat. bekommt Klysma, darauf bröcklicher und breiiger Stuhl. Grosse Erleichterung. Man fühlt eine kleine, deutlich abgrenzbare Resistenz. Dieselbe wird in den nächsten Tagen kleiner, Patient steht auf, fühlt beim Vorsetzen des rechten Beins Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Die ihm angeratene Operation wird ausgeführt.

29. VIII. In Narkose ist undeutlich ein fingerdicker beweglicher Strang zu fühlen. 5 cm langer Schnitt am Aussenrande des r. Musc. rectus. Es wird der ziemlich lange proc. vermiform. vorgeholt. Derselbe hat in der Mitte und am blinden Ende je eine sackförmige Erweiterung. Das mesenteriolum wird zwischen Catgutligaturen losgelöst. Etwa $1\frac{1}{2}$ cm vom coecalen Ende des proc. wird ein Zirkelschnitt durch die Serosa gemacht, dieselbe in Form einer Manschette bis zum coecum zurückpräparirt, der proc. dann zwischen zwei Ligaturen durchtrennt, und über dem Stumpf wird die abpräparirte Serosa vernäht. Reposition. Etagen-naht der Bauchdecken. Der exstirpirte App. ist 9 cm lang; in seiner Mitte und am blinden Ende hat er je eine bohnergrosse Erweiterung, beide durch eine Einschnürung von einander getrennt, sie fluctuiren, die Fluctuation geht von einer zur anderen. Der Inhalt besteht aus einer klaren, fadenziehenden Flüssigkeit. Die Schleimhaut ist stark ulcerirt, am coecalen Ende besteht eine schwielige vollkommene Obliteration. Heilung per prim.

Fall 2. D. S., Schiffer. Aufgenommen 29. VIII. 94. Entl. 29. IX. 94. 22 J.

Anamnese. Anfang Februar bis Anfang Mai in der hiesigen medicinischen Klinik behandelt wegen Blinddarm-entzündung. Bewegung der Beine damals gehindert. Es bestand damals eine

leichte Resistenz in der Ileocecalgegend, Schmerzhaftigkeit und Dämpfung. Nach einer vorübergehenden Besserung Mitte März in jedem Monat ein Recidiv. Der Stuhlgang war nur mit künstlichen Mitteln zu erzwingen. Eine Resistenz in der anfallsfreien Zeit stets fühlbar.

Status. Ein Strang von der Länge eines kleinen Fingers, eben so dick, 3 bis 4 Finger breit oberhalb des äusseren Drittels des Poupart'schen Bandes beginnend, verliert sich in die Beckenhöhle; derselbe ist derb und auf Druck schmerzhaft.

4. IX. Operation. 8 cm langer Schnitt an der Aussen- seite des r. musc. rectus von der Nabelhöhe beginnend sich nach unten erstreckend eröffnet die Bauchhöhle. Darauf wird das coecum mit dem processus vermiformis hervorgeholt. Letzterer ist frei, kleinfingerdick, geschlängelt, derb, gleichmässig dick. Am coecalen Ende wird eine Serosamanschette gebildet. Zum Verschluss des Lumen wird noch die Serosa des zunächst liegenden coecum darüber vernäht mittelst feiner Seidenknopfnähte. Die hervorgezogenen Darmstücke werden mit warmer Sublimatlösung überspült und reponirt. Etagenmaht der Bauchdecken. Der Proc. verm. enthält stark schleimigen Kot. Im Verlaufe der Heilung machte Pat. eine Bronchitis durch. Wundheilung pr. prim.

Fall 3. D. L., Reitknecht, 33 Jahre. Aufgenommen 24. IV. 95. Entl. 31. V. 95.

Anamnese. Mit 17 Jahren hat Pat. Typhus überstanden. Im August 1894 bekam Pat. plötzlich Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens mit Temperatursteigerung. Dieselben gingen auf Opium, warme Umschläge und Ruhe innerhalb 8 Tagen völlig zurück. Dasselbe wiederholte sich im October und December 1894 wie im Februar 1895. In den Zwischenzeiten fühlte Pat. sich wohl. Am 13. April traten die Beschwerden besonders heftig auf, nahmen in den nächsten Tagen allmählich ab, sind aber völlig seit der Zeit nicht verschwunden.

Status. 3 Finger breit nach innen von der rechten spina ilei ant. sup. fühlt man in der Tiefe eine deutliche Resistenz. Dieselbe ist glatt, von mittlerer Consistenz und etwas verschieblich. Nach oben und unten ist sie nicht deutlich abzugrenzen. Bei seitlicher Betastung glaubt man die Empfindung zu haben,

als ob die Resistenz wurstförmig unter der Fingerspitze vorbeiglitte. Bei stärkerem Druck mässige Druckempfindlichkeit.

25. IV. Operation. Bauchschnitt 10 cm lang ungefähr 3 Finger breit medial von der spina il. ant. sup. beginnend, nach abwärts sich der Mittellinie nähernd. Das freigelegte coecum ist weniger beweglich als normal, etwas torquirt, so dass die Ileocoecalclappe sich unten anstatt links seitlich befindet. Der proc. vermif. liegt dem coecum rechts dicht an und ist fest mit ihm verwachsen. Seine Spitze ist somit senkrecht nach oben gerichtet. Ebenso ist er mit der Bauchwand nach rechts und hinten zu verwachsen. Bei der Lösung des Wurmfortsatzes von dem coecum dringt aus ihm eine kleine Menge dicken gelben Eiters, die Wand des Appendix ist an dieser Stelle perforirt. Da sich nicht feststellen lässt, ob auch das coecum an der Verklebungsstelle perforirt ist, so wird diese Stelle eingestülpt und durch übergreifende Seidennähte die Serosa darüber vernäht. Dann wird der proc. abgebunden, eine Serosamanschette gebildet und nach Unterbindung auch des centralen Endes exstirpirt und die Serosa vernäht. Etagnennaht der Bauchdecken.

4. V. Bei der Entfernung der Nähte tritt ein kleiner Bauchdeckenabscess zu Tage. Es wird durchgespült und die Bauchdeckenwunde drainirt.

31. V. Die Bauchdecken sind dicht und fest verwachsen bis auf eine 4 cm lange, messerrückenbreite Granulationsfläche der Haut. Keine Verdauungsbeschwerden. Mit Leibbinde entlassen.

Fall 4. P. K., Arbeiter, 20 J. Aufgenommen 24. VI. 95. Entlassen 16. VII. 95.

Anamnese. Der sonst stets gesunde Patient bekam seit April 94 heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Sein Arzt behandelte ihn mit kalten Umschlägen und Opium. Von der Zeit an will er 10–12 Recidive gehabt haben, die Pausen wurden stetig kleiner.

Status. Abdomen nirgends aufgetrieben, nirgends druckempfindlich. In der Tiefe der Darmbeingrube rechts ist eine Resistenz zu fühlen.

25. VI. Operation. 8 cm langer Schnitt am äusseren Rande des rechten musc. rectus leicht schräg von innen unten verlaufend. Der proc. an normaler Stelle ist mit der Umgebung besonders nach seinem Ende zu durch Adhäsionen verklebt, lässt sich meist stumpf isoliren. Nachdem man das mesenteriolum in mehreren Partien abgebunden Amputation des Appendix, Vernähung der Serosa des coecum über dem eingestülpten Stumpf. Etagennaht der Bauchdecken.

Der Appendix ist 7 cm lang, $1\frac{1}{2}$ cm vor seinem blinden Ende umgeknickt, in der Mitte mässig erweitert. Am centralen Teile eine narbige Stricture. Die Schleimhaut zeigt Granulationen mit kaum bemerkbarem Eiter, einige linsengrosse Kotbröckchen.

13. VI. Narbe unterminirt. Es zeigt sich ein Bauchdeckenabscess. Die Wundhöhle wird durchgespült.

15. VII. Die Wundhöhle ist z. T. verklebt.

16. VII. Patient wurde mit einer wenig secernirenden Fistel fast geheilt entlassen.

Fall 5. J. B. Aufgenommen 20. VIII. 95. Entlassen 10. IX. 1895. Droguist, 22 J.

Anamnese. Beginn der Erkrankung im Sept. 1894 im Biwak mit Schüttelfrost, Schmerzen in der rechten Seite und Fieber. Im Lazareth wurde Patient wegen Blinddarmentzündung mit Opium und Eisblase behandelt. Seit der Zeit 7 Recidive mit Schmerzen und Fieber. Die Anfälle dauerten gewöhnlich 14 Tage. Der letzte 4 Wochen vor der Aufnahme.

Status. Patient augenblicklich ohne Beschwerden. Man fühlt bei tiefem Eingehen deutlich einen knapp kleinfingergrossen Strang, der etwas druckempfindlich ist.

21. VIII. Operation. Längsschnitt über die Mitte zwischen Nabel und spin. il. ant. sup. dext. (Mc. Burnays point) etwa 6 cm lang eröffnet die Bauchhöhle. Das hervorgesuchte coecum zeigt sich mit mehreren Dünndarmschlingen locker verwachsen, lässt sich aber gut stumpf ablösen. Der processus vermiformis ist rechts neben dem coecum hinaufgeschlagen von dicken Adhäsionen mit dem peritoneum parietale und dem coecum eingeschlossen. Die Adhaesionen werden theils stumpf theils scharf nach

vorheriger Unterbindung gelöst. Dabei wird im processus ein linsengrosses Stück herausgerissen und es entleert sich aus dem Loche wässrige Flüssigkeit. Letztere wird sorgfältig abgetupft. Der Appendix wird sodann doppelt unterbunden und abgeschnitten, über dem Stumpf wird das coecum dicht vernäht, so dass der Stumpf völlig von der äusseren Wand des coecum verdeckt ist. Reposition. Heilung pr. pr.

Fall 6. E. H., Apothekerstochter, 26 J. Aug. 15. XI. 1895. Entl. 17. XII. 95.

Anamnese. Beginn der Erkrankung im Juli 1894 mit Schüttelfrost, Fieber und Leibschmerzen rechts. Unter Calomel und Opium gehen nach 8 Tagen die Beschwerden zurück. Nach 3 Wochen das erste Recidiv, das letzte vor der Aufnahme vor 4 Wochen, Pausen zuletzt 8 Tage lang.

Status. Kräftig gebautes Mädchen. Man fühlt einen bleistiftdicken harten schräg von oben aussen nach unten innen verlaufenden Strang, der wenig empfindlich ist, man kann ihn hin und her rollen. Aus äusseren Gründen wurde die Operation verschoben bis zum

22. XI. Schnitt 4 cm einwärts von der rechten spin. il. ant. sup. etwas unter Nabelhöhe beginnend senkrecht nach unten verlaufend unten etwas nach innen gebogen, im ganzen mit der späteren Verlängerung etwa 12 cm lang. Der mit einiger Mühe hervorgeholte processus vermiformis ist mit dem colon ascendens und 2 Dünndarmschlingen verwachsen. Die eine Darmschlinge wird leicht gelöst. Die andere zeigt eine taillenförmige Einschnürung dort, wo der Appendix von ihr umfasst angelegen hatte. Auch nach der Lösung bleibt dieselbe in dieser Lage. Da infolge der Adhaesion an der eingeschnürten Stelle die Serosa zu Grunde gegangen, wird ein etwa 3 cm langes Stück dieser Schlinge resecirt und die Enden durch Lembertnähte wieder vereinigt. Reposition der Schlinge. Die Verwachsung mit dem colon ascendens, an welchem der Appendix hinaufgeschlagen ist, lässt sich stumpf lösen; die Trennungsfläche wird, da auch hier die Serosa zerstört ist, mit Netzteilen übernäht. Nachdem der processus ganz isolirt ist, wird eine Serosamanschette gebildet und

der doppelt unterbundene Appendix dicht am coecum resecirt. Der Stumpf wird mit serosa des coecums übernäht. Nach Abtupfen mit warmer Sublimatlösung Reposition.

17. XII. Entlassung. Heilung p. pr. Narbe schmal, fest, keine Hervorwölbung beim Husten.

Fall 7. C. D. Student. 22 J. Aufgenommen 21. XII. gs. Entlassen 20. I. 96.

Anamnese. Patient leidet von jeher an Verdauungsbeschwerden, hartnäckiger Obstipation. Verlegt den Beginn der Erkrankung auf März 94. Seit der Zeit 15 Recidive. Es scheint das Leiden in der Familie erblich zu sein, da Grossvater, Vater und Geschwister ähnliche Beschwerden haben.

Status. Gegend des coecum mässig druckempfindlich. In der Tiefe fühlt man ohne Beschwerden eine ungefähr bleistiftdicke wurstförmige Resistenz, welche hart senkrecht von oben nach unten verlaufend, der Lage des processus vermiformis entspricht. Ein Exsudat ist nicht zu fühlen. Ebenso wenig sind Kotballen zu palpieren.

7. I. Operation. 8—10 cm langer Schnitt durch die Bauchdecken. Ohne Mühe lässt sich nach Eröffnung des peritoneum das coecum mit dem Appendix herausziehen. Die Serosa des coecum ist etwas entzündlich getrübt. Der proc. hängt beweglich an einem reichlich langen mesenterium. Appendix unter Bildung einer Serosamanschette resecirt. Die zurückpräparierte Serosa durch einige Lembertnähte vereinigt. Reposition. Etagennaht der Bauchdecken.

Der exstirpierte processus hat in der Mitte eine Stricture, hinter welcher eine kleine mit Granulationen und Eiter gefüllte Höhle sich befindet.

20. I. wird Patient auf seinen Wunsch nach Hause entlassen mit der Weisung, bis zum 21. Tag im Bett zu liegen. Heilung p. pr. Narbe glatt und fest, keine Spur einer Hernie, völliges Wohlbefinden.

Fall 8. F. S., Landmann, 40. J. Aufg. 16. I. 96. Entl. 19. II. 96.

Anamnese. Patient verlegt den Beginn seiner Erkrankung auf den 5. XII. 95. Es traten plötzlich heftige Schmerzen im ganzen Leib auf, die sich nach einigen Tagen auf die rechte Seite concentrirten. Allmählich bildete sich im Unterleib rechts eine empfindliche Härte, die Patient selbst fühlen konnte, es trat mehrmals Schüttelfrost auf. Er behandelte sich selber mit Ol. Ricini und es trat nach 3 Wochen Besserung ein. Seit 1 $\frac{1}{2}$ Wochen ist Patient wieder aufgestanden. Der Stuhlgang war bis zum Erkrankungstage angeblich immer regelmässig, von da an beständig angehalten.

Status. Sehr kräftiger, gesund aussehender Mann. In der Blinddarmgegend ist der Leib in geringem Grade druckempfindlich. Bei der Palpation fühlt man in der Tiefe 2 Finger breit oberhalb des rechten lig. Pouparti und parallel demselben laufend eine ziemlich harte nicht scharf umschriebene Resistenz. Dieselbe ist in ihrem untersten Teile dicht oberhalb des tuberculum pubicum druckempfindlich. Man hat das Gefühl als ob ein bleistiftdicker, runder, nicht fest fixirter Strang unter den Fingern hinwegglitte.

29. I. Unter Priessnitz'schen Umschlägen ist die Geschwulst ein wenig kleiner geworden. Man fühlt den proc. vermif. nicht mehr deutlich. Pat. hat in der letzten Woche einige Male Durchfall gehabt.

Operation am selben Tage. 10 cm langer Bauchschnitt fast senkrecht über der Coecalgegend. Gerade im Schnitt ist der Darm mit dem peritoneum parietale leicht verwachsen. Die Verwachsungen werden stumpf gelöst. Das coecum ist wenig beweglich, zeigt auf der Hinterseite starke Verwachsungen, die nach einigen Unterbindungen stumpf gelöst werden. Bei diesen Versuchen giebt plötzlich das coecum nach. Beim Emporziehen zeigt sich, dass der stark verdickte, mit der Hinterfläche des coecum verbackene proc. vermif. bei der Lösung zerrissen ist, seine Spitze ist in der Tiefe sitzen geblieben. Es wird ein flächenhaftes Stück der Wand des coecums mitsammt dem Appendix exstirpirt und der Defect durch Lembertnähte geschlossen. Danach wird der in der Bauchhöhle zurückgebliebene Rest des proc. vermif. aufgesucht und nach Unterbindung des mesenteriolum exstirpirt.

Abtupfen der Wundflächen mit warmer Sublimatlösung. Etagnennaht der Bauchdecken.

19. II. Heilung per primam. Narbe fest und hart. Keine Stuhlbeschwerden. Entlassen.

Fall 9. C. S., 31 J., Arbeiter. Aufgen. 2. III. 96. Entl. 11. IV. 96. 2. Aufnahme 29. IV. 96. Entl. 6. VII. 96.

Anamnese. Pat. leidet seit dem 23. II. an Leibschmerzen besonders in der rechten Seite. Am 27. II. legte sich Pat. wegen zunehmender Schmerzen zu Bett. Sein Arzt behandelte ihn wegen Blinddarmentzündung mit kalten Umschlägen und Eingiessungen. Am 2. III. morgens Erbrechen, seit dem 26. II. kein Stuhlgang. Früher will Pat. nie an Blinddarmentzündung gelitten haben.

Status: Pat. macht einen sehr leidenden Eindruck. Puls gut und kräftig, kein Fieber. Abdomen hart, nicht aufgetrieben, überall schmerzhaft, am stärksten rechts oberhalb der crista. Per rectum ist kein tumor in der rechten Seite zu constatieren. Auch kann man von aussen keine Geschwulst oder Härte in der Gegend des Appendix fühlen.

4. III. Nach Darreichung hoher Klystiere sind die Schmerzen geringer geworden. In der Ileocoecalgegend ist deutlich eine Schwellung und Härte zu erkennen.

6. III. Pat. bekommt Ol. Ricin.

10. III. Geschwulst an der rechten Seite viel weicher.

5. IV. Pat. ist schon viel umhergegangen, klagt wieder über zunehmende Schmerzen in der Blinddarmgegend. Bekommt einen warmen hydropathischen Verband.

7. IV. Besserung. Im Dickdarm „Quatschen“ fühlbar.

11. IV. Kein Fieber. Beschwerden gering. Auf seinen Wunsch mit diätetischen Vorschriften entlassen.

29. IV. Patient wieder aufgenommen. Man findet einen Tumor, ca 8 cm lang, in der Coecalgegend; derselbe ist weich und druckempfindlich; besonders klagt Patient, dass ihn fortwährende Schmerzen an dieser Stelle, die bei Bewegung sich beträchtlich steigern, in der Arbeit stören.

1. V. Operation. Längsschnitt 10 cm lang über dem Tumor. Nach Eröffnung des Peritoneum wird dasselbe mit zwei

Seidennähten an die Wundränder fixirt. Das coecum und der proc. vermif. sind unter einander und mit der Bauchwand verwachsen. Die Adhaesionen werden vorsichtig gelöst. Unterbindung des proc. vermif., Amputation desselben, Vernähung der Coecumserosa über dem eingestülpten Stumpf. Etagenmaht der Bauchdecken.

3. V. Pat. klagt über Schmerzen in der Umgebung der Wunde, keine Temperaturerhöhung. Der Verband bleibt liegen.

5. V. Temperatursteigung bis 38,5. Verbandwechsel. Es zeigt sich ein stinkender Bauchdeckenabscess. Ausspülung; 2 mal tägl. feuchter Borverband.

11. V. Seit 3 Tagen kein Geruch mehr, gute Granulationen, mässige Eiterung.

17. V. Von heute an täglich nur einmal Jodoformgazeverband.

29. VI. Wunde vernarbt. Pat. steht mit Binde seit dem 19. VI. auf.

6. VII. Pat. geheilt entlassen.

Fall 10. F. H., Gärtner, 27 J. Aufgen. 27. V. 96. Entl. 5. VII. 96.

Anamnese. Pat. hat oft an Obstipation gelitten. Im März 1890 überstand er eine acute Peritonitis (laut Journal der med. Klinik). Als Soldat wurde er im Juni 1892 wegen Typhlitis behandelt mit Eisblase, IV. Form, Bettruhe. Nach 3 Wochen war er wieder dienstfähig. Im Januar 1896 Recidiv. Es traten diffuse Schmerzen im ganzen Bauch auf. Er wurde mit Umschlägen und kalten Einläufen behandelt. Nach 8 Tagen Genesung. Seitdem periodische Schmerzen, habituelle Obstipation mit Erbrechen und Meteorismus, Fieber zuweilen, aber gering.

Status. Mittelstarker, mässig genährter Mann; befindet sich augenblicklich subjectiv wohl. In der rechten Bauchgegend auf der Mitte der Verbindungslinie der spina il. ant. sup. und des Nabels befindet sich eine tumorartige umschriebene schlauchförmige Resistenz, die bei der Percussion gedämpft tympanitischen Schall ergiebt, wenig druckempfindlich. Exsudat nicht nachzuweisen. Stuhlgang selten, hart.

5. VI. Operation, 10 cm langer Schrägschnitt. Es be-

stehen ausgedehnte Adhaesionen zwischen Dünndarmschlingen und Bauchdecken. Dieselben bluten bei der Lösung stark. In einer der losgelösten Schlingen, die in einer Länge von ca. 15 cm adhären war, ist schwielig eingebacken der processus vermif. Derselbe muss meist scharf herausgelöst werden. Bei dessen Amputation entsteht ein ziemliches Loch in der Coecumwand. Dasselbe wird durch Lembertnäthe geschlossen.

Der Appendix zeigt in der Spitze eine Granulationshöhle, die durch eine Striktur vom übrigen Lumen abgeschlossen ist. Bei der Lösung der übrigen Adhaesionen zeigt sich in einer Dünndarmschlinge eine starke Einschnürung, welche trotz der Lösung der Adhaesionen nicht verschwindet, deshalb wird dieselbe nach Art der Pyloroplastik von Heinecke-Mirulicz beseitigt. Etagennaht der Bauchdecken. Es wird ein dünner Tampon im unteren Wundwinkel belassen.

6. VII. Pat. mit einer kleinen Granulationsfläche im unteren Wundwinkel entlassen. Keine Stuhlbeschwerden. Völliges Wohlbefinden.

Fall 11. W. M., Offizier, 29 J. Aufg. 30. V. 96. Entl. 5. VII. 96.

Anamnese. Pat. litt seit dem Jahre 1890 öfters an Verstopfung mit Fieber und Appetitlosigkeit von 1—2 Tagen Dauer. Er wandte Ricinusöl und Klystiere an. Von October 1895 an stellten sich Schmerzen in der rechten Bauchseite ein. Er wurde damals mit Opium und hydropathischen Umschlägen behandelt. Nach 3 Wochen trat Besserung ein, er bekam aber schon nach 3 Tagen ein Recidiv mit Fieber, Verstopfung und Druckempfindlichkeit in der rechten Bauchseite. Seitdem im Januar 1896 und Ende April Recidive, das letzte Mal mit hohem Fieber. Seit Anfang Mai ist Pat. in bestem Wohlbefinden.

Status. Es besteht nur geringe Empfindlichkeit bei Druck auf die rechte Bauchseite in der Gegend des coecum.

1. VI. Operation. Längsschnitt in der Mitte zwischen Nabel und spin. ant. sup., Fettpolster 3 cm dick. Durch den musc. rectus geht man stumpf hindurch. Nach Durchtrennung des praeperitonealen Fettes wird das Bauchfell eröffnet, der Schnitt

wird auf etwa 12 cm erweitert. Das coecum und die Einmündung des Ileum kommen sofort zu Gesicht, der processus vermif. muss aber erst aufgesucht werden. Derselbe liegt völlig an der Hinterseite des coecum und dicht an der hinteren Bauchwand weit in das kleine Becken hinein reichend. Nach Unterbindung mehrerer kleiner Adhaesionen mit anderen Darmteilen und dicken epiploischen Fettzotten des coecum gelingt es, den Appendix frei zu bekommen. Derselbe wird nach der Bildung einer Serosamanschette unterbunden und dicht am Coecum abgetragen auf darunter gelegter Compresse. Sodann wird der Stumpf eingestülpt und über ihm die Serosa des coecums zusammengenäht. Etagennaht der Bauchdecken. Der Appendix ist 10 cm lang, von Bleistiftdicke, ohne Inhalt. Die Schleimhaut ist von grauroten Granulationen bedeckt, an 3 Stellen bestehen enge Stricturen, die durch Narben bedingt sind. Dieselben lassen die Scheere nur schwer durch. Am distalen Ende des Appendix ist ein etwa bohngrosses missfarbenes Geschwür.

18. VI. Ein reactionslos entstandener Bauchdeckenabscess wird bei einem Verbandswechsel entdeckt, die Wunde geöffnet, durchgespült und drainirt.

5. VII. Geheilt entlassen.

Fall 12. D. E., Landmannssohn, 13 J. Aufgen. 10. VI. 96. Entl. 6. VII. 96.

Anamnese. Beginn der Erkrankung Anfang Januar unter den Erscheinungen einer Perityphlitis. Hinten wölbte sich ein Abscess vor, der am 27. I. vom Arzte eröffnet wurde; es entleerte sich faeculenter Eiter. Es wurde ein Drain eingelegt. Der Arzt versuchte die Fistel zu schliessen; dieselbe musste aber wieder geöffnet werden und es entleerte sich abermals faeculenter Eiter.

Status. In der rechten Unterbauchgegend eine auch percutorisch nachweisbare Geschwulst in der Coecalgegend, auf Druck nicht schmerzhaft. Fistellänge hinten 10 cm.

11. VI. Operation. Längsschnitt über die Fistel im Verlaufe der alten Spaltungsnarbe. Von hinten kann man den processus vermiformis nicht erreichen, es wird deshalb vorn ein

Längsschnitt zwischen Nabel und spin. il. ant. sup. angelegt. Nach Eröffnung des Peritoneums liegt das coecum vor, der processus vermiformis liegt an dessen Rückseite, ist mit ihm verwachsen, nach oben und hinten zurückgeschlagen. Nach doppelter Unterbindung des Appendix wird derselbe amputirt und über dem Stumpf die Serosa des coecum vernäht. Der processus reicht in die Tiefe in eine Abscesshöhle, zu der auch die Fistel von der Rückseite her führt. Beim Lösen der Verklebungen dringt etwas Eiter hervor, der vorsichtig abgetupft wird. Nach der Herausnahme des Wurmfortsatzes wird von der alten Fistel aus ein Drain eingelegt, dessen Ende bis zu der oben genannten Abscesshöhle reicht. Der Drain wird in der Tiefe durch einige Catgutnähte fixirt und über ihm ein Verschluss der drainirten Höhle zu stande gebracht, dadurch dass ein Peritoneallappen über dieselbe gelagert und fixirt wird. Etagennaht der vorderen Wunde. Verband.

29. VI. Die vordere Bauchwunde ist per primam geheilt. Die Rückenwunde verklebt sich rasch. Verbandswechsel mit Tamponade jeden 2. Tag. Secret gering.

6. VII. Pat. mit einer flachen Granulationsfläche hinten entlassen.

Die Fälle 1—8 und 10—11 sind im anfallsfreien Intervall einer recidivirenden Appendicitis ohne Abscessbildung zur Operation gekommen. Die Prognose ist hierbei eine günstige, denn selbst bei den unvermeidlichen Vorkommnissen einer Zerreissung der morschen Darmwand ist eine Erkrankung des Bauchfells nicht eingetreten. Fall 9 wurde auf seinen eigenen dringenden Wunsch hin operirt, nachdem man in der Klinik das Ende der ersten Attacke abgewartet. Fall 12 war durch die Fistel an der Rückseite complicirt, er zeigt aber, dass die Auffindung des Wurmes von vorne leichter ist, selbst wenn der Abscess sich nach hinten den Weg bahnt, und man auch dort den Appendix vermuten sollte.

Es dürfte aus den angeführten Krankengeschichten folgendes hervorgehen:

In jedem Falle von recidivirender Appendicitis besteht die rationelle Therapie in der eine günstige Prognose gebenden Resection des Appendix, mit dem die Krankheitsursache beseitigt wird. Es

wird demnach jedem Kranken zu empfehlen sein, in eine chirurgische Klinik sich zu begeben, wenn die Anfälle bedrohlicher werden und die Pausen abnehmen. Im Stadium des völligen Wohlbefindens wird das auch vom Lande her möglich sein.

Die Zahl der Todesfälle an Perforationsperitonitis wird gewiss dadurch verkleinert und die Arbeitsfähigkeit der unter den Recidiven schwer leidenden Menschen vollkommen wiederhergestellt.

Zum Schlusse verfehle ich nicht, Herrn Geh. Med -Rat Prof. Dr. v. Esmarch meinen ergebensten Dank für die Ueberlassung des Materials und Unterstützung bei der Arbeit auch an dieser Stelle auszusprechen.

Lebenslauf.

Am 19. Juli 1869 wurde ich als erster Sohn des damaligen Hauptmannes Burchardt von Leliwa geboren zu Wrietzen a. d. Oder. Ich bin evangelischer Confession. Nachdem ich von meinen Eltern den ersten Unterricht erhalten, besuchte ich von Ostern 1878 an das Gymnasium zu Weissenburg i. E., von Michaelis 1879 an das Königliche Friedrich-Wilhelms-Gymnasium in Köln am Rhein, das ich Ostern 1889 mit dem Zeugniß der Reife verliess. Ich wandte mich danach der Tuchindustrie zu, gab aber diesen Beruf nach 2¹/₂jähriger Thätigkeit wieder auf und begann im Herbst 1891 meine medicinischen Studien an der Universität Berlin. Im Anfange des Wintersemesters 1893/94 bestand ich dort die ärztliche Vorprüfung. Ostern 1894 siedelte ich nach Kiel über. Im Sommersemester dieses Jahres genügte ich meiner halbjährigen Dienstpflicht mit der Waffe. Am 13. Juni dieses Jahres beendete ich die medicinische Staatsprüfung und bestand am 15. Juni das Examen rigorosum.
